

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 N° 103

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉPITHÉLIOMA DENDITRIQUE
DU SEIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

MENTION " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 5 Avril 1922

PAR

Malka-Pessia FEIGELSOHN

Née en Décembre 1883, à Polotzk (Russie)

Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLAR, professeur.....	} <i>Président.</i>	
		DENUGE, professeur.....		
		GUYOT, agrégé.....		} <i>Juges.</i>
		PAPIN, agrégé.....		

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1922

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1921-1922 N° 103

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉPITHÉLIOMA DENDITRIQUE
DU SEIN

THÈSE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
MENTION " MÉDECINE "

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 5 Avril 1922

PAR

Malka-Pessia FEIGELSOHN

Née en Décembre 1883, à Polotzk (Russie)



Examineurs de la Thèse	{	MM. VILLAR, professeur.....	Président.
		DENUCE, professeur.....	Juges.
		GUYOT, agrégé.....	
		PAPIN, agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMIE FILS FRÈRES
48, Rue du Pas-Saint-Georges, 48

1922

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. LANELONGUE, BADAL, JOLYET, PITRES, GUILLAUD.

PROFESSEURS

MM.	MM.
Clinique interne.....	ARNOZAN.
	CASSAET.
Clinique externe.....	CHAVANNAZ.
	VILLAR.
Pathologie et thérapeutique générales.....	CRUCHET.
Cliniq. d'accouchements.	RIVIERE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique...	SABRAZES.
Anatomie	PICQUÉ
Anatomie générale et histologie	G. DUBREUILH.
Physiologie	PACHON.
Hygiène	AUCHE.
Médecine légale et déontologie.....	VERGER.
Physique biolog. et Cliniq. d'électric. médic.	BERGONIE.
Chimie	CHELLE.
Botanique et matière médicale	BEILLE.
Pharmacie	DUPOUY.
	Zoologie et parasitolog.
	Médecine expérimentale
	Cliniq. ophtalmologique.
	Clinique chirurgicale infantile et orthopédie..
	Clinique gynécologique..
	Clinique médicale des maladies des enfants.
	Chimie biologique et médicale.....
	Physique pharmaceutiq.
	Pathologie exotique....
	Clinique des malad.cutanées et syphilitiques..
	Clinique des maladies des voies urinaires...
	Clinique psychiatrique..
	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie
	Toxicologie et hygiène appliquée.....
	M. PRINCETEAU.
	MANDOUL.
	FERRE.
	LAGRANGE.
	DENUCE.
	BEGOUIN.
	MOUSSOUS.
	DENIGES.
	SIGALAS.
	LE DANTEC.
	W. DUBREUILH.
	POUSSON.
	ABADIE.
	MOURE.
	BARTHE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.
Anatom. et embryologie. N... N...	
Histologie	LACOSTE (chargé)
Physiologie	DELAUNAY.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS (chargé)
Physiq. biolog. et médic.	N...
Chimie biolog. et médic.	RECHOU.
Anatomie pathologique..	N...
	MURATET.
	PETGES.
Médecine générale.....	CARLES (J.).
	MAURIAC.
	LEURET.
	Médecine générale.....
	Maladies mentales....
	Médecine légale.....
	Chirurgie générale.....
	Obstétrique
	Ophtalmologie
	Pharmacie
	DUPERIE.
	CREYX.
	MICHELEAU.
	PERRENS.
	LANDE.
	GUYOT.
	ROCHER.
	DUVERGEY.
	PAPIN.
	PERY.
	FAUGERE.
	TEULIERES.
	LABAT.
	N...

CHARGÉS DE COURS

Cours de Clinique dentaire.....	MM. CAVALIE.
Cours complémentaire de Thérapeutique et Pharmacologie...	CARLES.
Cours complémentaire de Médecine opératoire.....	VENOT.
Cours complémentaire d'Accouchements	PÉRY.
Cours complémentaire d'Ophtalmologie	CABANNES.
Cours complémentaire de Puériculture	ANDÉRODIAS.
Cours complémentaire de Climatologie et Hydrologie médicale	SELLIER.
Cours complémentaire de démonstrations et préparat. pharmac.	LABAT.
Cours complémentaire de chimie	RANGIER.
Cours complémentaire de Pathologie externe.....	MAURIAC.
Cours complémentaire de Pathologie interne.....	GUYOT.
Cours complémentaire de Vénérologie.....	PETGES.
Cours complémentaire d'orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes	ROCHER.
Cours complémentaire annexe de prothèse et rééducation professionnelle .	GOURDON.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE
ET DE MA SŒUR

A MON PERE

A MON FRERE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR VILLAR
PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
CHIRURGIEN DES HOPITAUX
MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE

En témoignage de ma sincère
gratitude.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Au moment où nous arrivons au terme de nos études, qu'il nous soit permis d'adresser l'expression de notre vive reconnaissance à nos éminents Maîtres de la Faculté et des Hôpitaux, pour la bienveillance avec laquelle ils ont guidé nos pas à travers les diverses étapes de nos études médicales.

Nous prions M. le Professeur Villar d'agréer nos plus vifs sentiments de gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse, après nous avoir inspiré ce travail.

Nous tenons également à le remercier pour tout ce que nous avons acquis en fréquentant son service de l'hôpital Saint-André et de l'hôpital complémentaire de l'Ecole navale, où nous avons été employée comme interne bénévole et médecin de garde pendant les trois premières années de la guerre. Ses cliniques si pratiques, si utiles pour le futur médecin, si documentées dans leur élégante simplicité; ses opérations brillantes, laisseront en nous les souvenirs les plus précieux et les plus durables. Nous voulons aussi dire combien nous avons souvent été émue de la discrète et délicate sollicitude avec laquelle il soigna les malheureux, les déshérités de la fortune.

Nous gardons une grande reconnaissance envers M. le Professeur Teissier, médecin en chef à l'hôpital Claude-Bernard, à Paris; à M. le Docteur Pissavy, médecin de l'hôpital Cochin, à Paris.

C'est sous leur direction que nous avons fait nos premiers pas dans l'étude de la médecine. La clarté de leur enseignement a fait une vive impression sur nous.

Nous remercions MM. les Professeurs agrégés Rocher, Péry, pour leurs intéressantes leçons de clinique sur les maladies des enfants. Nous leur exprimons notre gratitude pour leur bienveillance à notre égard.

Respectueux hommage et reconnaissance au regretté Professeur Lefour, à qui nous sommes redevable de nos modestes connaissances dans l'art de l'accouchement.

Nous remercions tout spécialement M. le Professeur Denucé, qui fut pour nous un Maître aimable autant que savant; nous a prodigué ses conseils éclairés durant plusieurs mois de la grande guerre, époque à laquelle nous avons eu l'honneur d'aider le Maître aux opérations et aux soins chirurgicaux des blessés. Nous n'aurions garde d'oublier la bienveillance qu'il nous a montrée dans maintes circonstances.

Nous adressons ici l'assurance de notre profonde gratitude à M. le Professeur Sabrazès, qui a bien voulu nous communiquer l'étude anatomo-pathologique de la tumeur qui a inspiré le sujet de notre thèse.

Un cordial merci à M. le docteur René Villar, chef de clinique à l'hôpital Saint-André, pour sa bienveillance et pour les conseils qu'il nous a prodigués au sujet de notre thèse.

Nous nous en voudrions cependant, sans envoyer un cordial souvenir à tous nos collègues des hôpitaux militaires de Cannes, avec lesquels nous avons collaboré, en qualité de médecin traitant, durant cinq années, au chevet des tuberculeux et paludéens de la grande guerre. Leur bonne camaraderie nous a consolée de l'éloignement de notre famille, et nous rendirent plus agréables les années douloureuses de la guerre. Nous leur adressons ici l'expression de notre inaltérable amitié.



INTRODUCTION

Parmi les tumeurs variées du sein, bénignes ou malignes, l'épithélioma dendritique ou intra-canaliculaire, est la variété la plus rare, et par conséquent la plus intéressante.

Cette tumeur est caractérisée par la prolifération abondante de revêtement épithéliale des acini et des culs-de-sac glandulaires. De volume variable, ces tumeurs présentent toujours des kystes généralement petits, mais qui, dans les cas rares, peuvent atteindre un volume assez considérable. Ces kystes sont visibles à l'œil nu; à leur surface interne sont appendues des végétations papillaires petites, finement ramifiées, couvertes de longues cellules cylindriques.

Certains auteurs rapprochent l'épithélioma dendritique au carcinome par des caractères extérieurs, mais s'en diffère par sa marche relativement bénigne.

Cette tumeur se rapproche, par certains points, aux adénomes et aux fibro-adénomes papillaires, mais s'en distingue par des caractères communs avec les tumeurs malignes et peuvent, comme elles, se généraliser dans certains cas.

HISTORIQUE

Le premier travail que nous possédons sur l'épithélioma dendritique du sein, est dû à MM. Cornil et Ranvier, qui ont décrit cette tumeur sous le nom d'adénome acineux, et dont le développement est dû à l'hyperplasie de l'épithélium des culs-de-sac glandulaires. (Manuel d'histologie pathologique, t. I, 1869.)

En 1874 paraît la thèse de M. le Docteur Rogeau, qui, un des premiers, publie un travail important sur cette variété de tumeurs.

En 1876 paraît le *Traité des tumeurs bénignes du sein*, de MM. Labbé et Coyne. Ces auteurs donnent une description très détaillée et documentée de ces tumeurs, sous le nom d'épithélioma intra-canaliculaire, où on trouve des kystes de deux ordres : 1° kystes par rétention, dus à des végétations papillaires endocanaliculaires, qui se sont formées grâce à une dilatation des canaux glandulaires produite par l'oblitération de ceux-ci par une tumeur endocanaliculaire; 2° kystes par régression granulo-graisseuse, dans lesquelles l'intérieur des acini est devenu le siège d'une hyperplasie épithéliale suffisante pour oblitérer ces éléments glandulaires; la partie centrale de la tumeur subit la dégénérescence granulo-graisseuse qui se résorbe et il reste une poche kystique, petite, contenant un liquide albumineux ou muqueux.

M. Reverdin, dans le *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1876, donne une description d'une tumeur papillaire pédiculée de l'aréole du sein.

Dans le *Sud-Ouest médical* (Bordeaux, 1880), M. Coyne fait une étude très approfondie des tumeurs épithéliales du sein, au point de vue anatomo-pathologique, et il confirme la description

faite par lui sur les épithélioma intra-canaliculaires dans le traité des tumeurs bénignes.

M. Cornil, en 1884, dans son Manuel d'histologie, t. II, et dans une série de communications faites à la Société anatomique de Paris, 1886, 1889, confirme son étude sur cette variété de tumeurs et lui donne de nom d'épithélioma dendritique.

MM. Reverdin et Mayor, dans la *Revue médicale de la Suisse romande*, 1890, donnent une observation d'un épithélioma du sein, et d'après l'étude anatomo-pathologique, il s'agit d'un néoplasme relativement bénin, à marche essentiellement lente, mais, néanmoins, les auteurs pensent que tôt ou tard, ce néoplasme peut avoir un caractère envahissant, peut s'ulcérer et avoir un retentissement ganglionnaire.

En 1893, M. le Docteur Routier publie dans le *Bulletin médical*, sur un cas d'épithélioma canaliculaire papillaire dendritique du sein, et conclut, d'après ce cas, que pour l'épithélioma dendritique il faut craindre autant que pour les cancers, mais avec cette différence, toutefois, que cette variété peut être classée dans les moins malignes.

M. le Docteur Labrunie, dans sa thèse inaugurale (Bordeaux, 1894), reconnaît la malignité de ces tumeurs, mais vu leur allure clinique, le pronostic en doit être moins sévère.

MM. les Professeurs Delbet et Dentu résument tous les travaux sur l'épithélioma dendritique dans leur Traité de chirurgie (1894).

M. le Docteur Frémicourt, dans sa thèse publiée à Lille (1909), fait une étude détaillée sur les kystes végétants et l'épithélioma papillaire à cellules cylindriques de la mamelle; il en conclut que dans la plupart des cas, ces tumeurs sont bénignes et peuvent exceptionnellement se conduire en cancer.

M. le Docteur Médan, dans sa thèse (Toulouse, 1913), sur les maladies kystiques de la mamelle, d'après plusieurs observations et études anatomo-pathologiques, conclut que la maladie kystique fait partie d'une série naturelle dont le processus adénomateux est le premier terme; le terme ultime, c'est l'épithélioma intra-canaliculaire, et que cette dernière est l'étape de transition entre

la tumeur bénigne que présente la maladie kystique, et la tumeur maligne.

Au mois de juillet 1921, M. le Professeur Villar communiqua à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, une intéressante observation sur un cas d'épithélioma dendritique du sein, s'accompagnant d'une volumineuse adénopathie axillaire de nature tuberculeuse.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(Communiquée par M. le Professeur Francis VILLAR, à la Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1^{er} juillet 1921).

Epithélioma dendritique du sein, s'accompagnant d'une volumineuse adénopathie axillaire de nature tuberculeuse.

La nommée L..., âgée de 42 ans, n'accuse ni antécédents héréditaires, ni personnels. Mariée à 27 ans, elle a eu, l'année suivante, un fils qui est bien portant; à 38 ans, fausse couche de 4 mois, puis une grossesse (fils) et enfin trois fausses couches.

Depuis la dernière fausse couche, en 1916, la malade a vu apparaître, au niveau du mamelon gauche, un écoulement de liquide sanguinolent, continu, tachant nettement la chemise, écoulement qui s'exagérait la veille des règles, à l'occasion d'un effort ou d'une contrariété et par la pression sur le sein. Il y a un an, apparition d'une induration oblongue au niveau du segment externe, près de la région mamelonnaire. Pas de douleurs spontanées, mais depuis six mois, amaigrissement, diminution des forces, transpiration. Il y a quatre mois, apparition de ganglions dans l'aisselle. La malade se décide à consulter son médecin, qui l'adresse à l'hôpital le 30 novembre 1920.

Examen. — A l'inspection on ne constate aucune modification de la peau; le mamelon n'est pas rétracté, il paraît même un peu plus saillant que celui du côté opposé. Par la palpation on reconnaît l'existence d'une tumeur ovoïde, du volume d'une noix, siégeant sur le segment externe de la glande, près de la région aréolaire, résistante, mobile sous la peau et légèrement adhérente sous le

mamelon. Cette tumeur, à bords lobulés, grénus, se limite assez bien et n'adhère pas aux plans profonds.

En pressant sur cette tumeur, on fait sourdre par le mamelon un liquide de couleur café pâle; la pression détermine une légère douleur.

L'examen du liquide a révélé : staphylocoques, nombreux coli et diplocoques; Gram positif.

Dans l'aisselle on sent une grosse masse ganglionnaire assez mobile, composée de deux paquets, offrant chacun le volume d'un œuf de pigeon. On trouve aussi d'autres petits ganglions. Pas de ganglions sous et sus-claviculaires. Rien d'anormal du côté du sein droit et de l'aisselle du même côté. Pas de lésions pulmonaires.

Opération le 10 décembre 1920. Ablation totale du sein et des masses ganglionnaires de l'aisselle.

Au premier pansement, léger suintement de la plaie opératoire.

Le 18 décembre, brusque élévation de la température avec frissons; pleurésie purulente qui est traitée par le chef de clinique, le Docteur René Villar, par le lipo-vaccin de la Moignie; la pleurectomie au 6^e jour; la désinfection par la méthode de Depage-Tuffier, et la suture au 20^e jour, la courbe microbienne étant à 0. La malade quitte l'hôpital en bon état.

L'examen microscopique de la tumeur et des ganglions a été pratiqué par M. le Professeur Sabrazès, qui a bien voulu nous remettre la note suivante :

1° Tumeur.

2° Ganglions axillaires.

1° Tumeur d'aspect kystique.

On voit dans la coupe des lobules de la glande mammaire, ayant leur aspect à peu près normal, sauf de la lymphocytose et de la plasmocytose avec une hyperplasie des cellules conjonctives autour des culs-de-sac et des conduits excréteurs; il y a, de plus, dans la coupe, un conduit galactophore très déformé, rempli par une masse végétante papilliforme, dont les végétations supportent un épithélium cubique par places, cylindrique, sous 2 ou 3 couches.

La végétation est telle qu'elle obstrue et distend considérablement le conduit.

Polymorphisme extrême des cellules épithéliales qui ont beaucoup de figures de division amitotique, ainsi que des formes plasmodiales. Les formations ne sont pas très vascularisées. Le tissu

conjonctif de soutènement est très développé; on voit çà et là, dans sa trame, des blocs de substance colloïde.

Cet épithélioma végétant est intra-canaliculaire.

2° Ganglions axillaires.

Les ganglions ne montrent pas de métastases, mais ils sont le siège de foyers caséeux. On y trouve des tubercules bien constitués avec de nombreuses cellules géantes.

Il s'agit, à n'en pas douter, de ganglions tuberculeux.

OBSERVATION II (Résumée).

(Publiée in-thèse de M. le Docteur FRÉMICOURT, Lille, 1909).

Femme opérée le 25 janvier 1898. L'observation clinique n'a pas été retrouvée. La pièce conservée montre un lambeau elliptique cutané, concernant le mamelon, nullement rétracté. La peau n'est pas altérée. Il existe une cavité kystique sous le mamelon, du volume d'une prune, à parois épaisses et de consistance presque lardacée. Ce kyste contenait du liquide hématique. Sur une moitié de la paroi kystique, on aperçoit une nappe ininterrompue de petites saillies végétantes. Il s'agit là, nettement, d'un kyste végétant.

Les caractères microscopiques de la tumeur montrent une prolifération épithéliale qui constitue la couche ininterrompue de végétations, présente tous les caractères d'une tumeur épithéliale maligne, envahissante, en voie de développement. C'est à peine si on constate quelques formations papillaires, avec cellules rappelant le type cylindrique, avec noyau volumineux allongé. Dans la plus grande partie de la coupe, la prolifération épithéliale est absolument atypique; et il s'agit là d'une véritable tumeur maligne, d'un carcinome au début. On n'aperçoit pas d'infiltration de la paroi par les éléments épithéliaux. La paroi conjonctive du kyste est très épaisse, dense, fibreuse, mais n'est pas envahie par les îlots épithéliaux sous-jacents. La néoplasie épithéliale est encore limitée, mais indique une véritable transformation maligne, envahissante et infectante.

OBSERVATION III (Résumée).

(Communiquée par FAGUET et publiée in-thèse LABRINIE,
Bordeaux, 1894).

*Epithélioma dendritique du sein gauche. Envahissement des
ganglions axillaires de l'aisselle. Amputation du sein.
Curage de l'aisselle. Guérison.*

M^{me} C. P..., âgée de 68 ans. Deux grossesses normales. A dû suspendre l'allaitement de son premier enfant à 7 mois, à cause d'abcès multiples du sein gauche, qui durent 2 mois.

En 1892, première douleur dans le sein gauche. Sous l'aréole, la malade constate une petite tumeur du volume d'un gros pois, mobile, non adhérente à la peau et qui, au bout de 6 mois, atteint le volume d'une noisette. En janvier 1893, apparition d'une seconde tumeur, et d'une troisième en juin 1893. La diminution d'une des trois tumeurs, sous l'influence de l'écoulement d'un liquide sanguinolent par le mamelon.

Octobre 1893. Sein gauche augmenté de volume et présente deux saillies anormales dans la zone mamelonnaire. Sur un point de la peau il y a une légère teinte brunâtre; le reste de la peau est normal. Le mamelon n'est pas rétracté. On sent, par la palpation, trois bosselures, siégeant sous le mamelon et l'aréole, du volume d'une noisette à celui d'une grosse noix, dont la plus grosse est fluctuante. Les tumeurs semblent avoir des connexions intimes avec la glande mammaire, au centre de laquelle elles se perdent. La pression sur les tumeurs détermine un écoulement roussâtre par le mamelon. Les ganglions axillaires sont augmentés de volume, durs et mobiles. L'état général est excellent. Extirpation de la mamelle, curage de l'aisselle, 4 octobre 1893. Guérison.

Examen de la tumeur à l'état frais. — Trois cavités kystiques au centre de la glande, sous le mamelon : l'une est de la grosseur d'un œuf de poule, les deux autres ont le volume d'une noisette et d'une noix. Ces kystes sont remplis d'un liquide sanguinolent. Ces cavités kystiques sont situées sur le trajet des conduits galactophores et renferment des végétations de volume variable, à surface

irrégulière, qui s'insèrent sur la paroi kystique par un pédicule plus ou moins volumineux; quelques-unes sont sessiles.

Examen histologique. — Les végétations présentent de véritables arborisations très fines et sont constituées par du tissu conjonctif lâche, revêtu d'un épithélium à cellules cylindriques. Par places, quelques cellules épithéliales sont en dégénérescence muqueuse. Vaisseaux nombreux et remplis de globules rouges.

Dans les ganglions axillaires, il a été possible de constater une infiltration néoplasique du même genre.

OBSERVATION IV (Résumée).

(REVERDIN et MAYOR, *Revue médicale de la Suisse romande*, 1890, p. 464.)

Malade âgée de 46 ans, a eu 6 enfants, n'en a nourri aucun. Pas d'antécédents héréditaires. En 1879, la malade ressent des douleurs dans le sein gauche et s'aperçoit qu'il s'écoule par le mamelon un liquide blanc jaunâtre. En 1890, l'écoulement devient sanguinolent. A plusieurs reprises, les tumeurs apparurent et disparurent sous l'influence de l'écoulement.

Etat actuel. — Etat général assez bon. Les deux seins sont de volume égal, peut-être une légère différence en plus à gauche. Le mamelon gauche n'est pas rétracté. A sa surface suinte goutte à goutte un liquide légèrement brunâtre. A la palpation, vers la partie inféro-interne, tumeur du volume d'une noisette, presque ronde, parfaitement lisse, mobile, sans adhérence avec la peau, pas douloureuse.

Sous le mamelon, seconde tumeur formant une plaque dure, sensible à la pression et laissant écouler un liquide par le mamelon. Dans l'aisselle gauche, plusieurs ganglions, gros comme de petits haricots, mobiles.

Le 18 mars, on extirpe toute la mamelle et les ganglions de l'aisselle. Les suites opératoires furent excellentes.

Plus tard on apprend que la malade est morte d'une généralisation cancéreuse.

Examen microscopique. — Kyste du volume d'une noisette, à parois lisses. Sur un point de cette paroi est implantée une tumeur gris-rose en général, rouge brun dans un point. Cette tumeur, végétante, molle, remplit presque toute la cavité.

Examen histologique. — Au niveau du mamelon, les canaux excréteurs semblent dilatés, les replis qu'ils présentent à leur surface interne, sont allongés, hypertrophiés. Dans le tissu conjonctif se rencontrent des nodules inflammatoires, amas des cellules embryonnaires, entourant parfois un des canaux. Dans la glande mammaire elle-même, on note une dilatation notable des canalicules excréteurs des lobules. Les épithéliums des lobules prolifèrent et s'entassent sur plusieurs couches. Les lobules glandulaires sont très augmentés de volume. Leurs acini, très nombreux et volumineux, sont remplis de cellules épithéliales, tassées les unes sur les autres. On voit aussi des petits kystes, dont le plus grand nombre est occupé par des végétations dendritiques nées sur leurs parois. Les papilles allongées, qui constituent ces végétations, sont formées d'un tissu lâche et revêtues d'une couche régulière de cellules épithéliales cubiques ou cylindriques. Parfois la végétation occupe le kyste en totalité, ou flotte dans un liquide homogène.

Les vaisseaux de la région malade paraissent peu altérés. Les ganglions de l'aisselle n'offrent pas trace d'altération.

OBSERVATION V (Résumée).

(Empruntée à la thèse de ROGEAU, Paris, 1874.)

Kyste par rétention de la glande mammaire. Epithélioma intra-canaliculaire.

M^{me} T..., âgée de 35 ans. Elle est d'une constitution moyenne. A eu deux enfants qu'elle n'a point allaités. Il y a 15 ans, elle fut opérée d'une tumeur *adénoïde* du sein gauche, du volume d'une noix.

Il y a 4 ans $\frac{1}{2}$, il survint un gonflement du sein droit avec douleurs vives, à la suite d'un coup de talon que la malade a reçu dans la région mammaire. Le lendemain, écoulement du sang par le mamelon, goutte à goutte. Une ecchymose étendue envahit le sein, les douleurs cessèrent et l'accident ne parut pas avoir d'autres suites. Trois mois plus tard, l'écoulement sanguin se reproduisit. La tumeur fit des progrès insensibles, et, l'année dernière, elle se détachait facilement du reste de la glande et avait le volume et la forme d'une grosse amande, dont la pointe touchait à la base du mamelon. L'opération fut longtemps refusée par la malade qui,

enfin, s'y décida vu les douleurs devenues continues et le liquide ayant acquis une certaine âcreté.

La tumeur était située sur le même plan que le mamelon, à la partie interne du sein droit. Facilement isolable, elle n'avait d'adhérence ni avec la peau, ni avec les parties profondes; pas d'engorgement ganglionnaire. Etat général satisfaisant. La pression sur la tumeur faisait sortir par le mamelon, un liquide clair, jaunâtre, en petite quantité.

Examen de la tumeur. — A sa partie externe qui touchait le mamelon, la tumeur présente l'embouchure de deux conduits galactophores. L'un de ces conduits est dilaté et ses parois présentent deux saillies papilliformes, qui sont logées dans les alvéoles creusées aux dépens des parois et qui obstruent presque complètement la lumière du conduit. Ces productions adhérentes à la paroi par un mince pédicule qui paraît de même nature qu'elles, offrent à leur surface de fines arborisations et même des infiltrations sanguines qui expliqueraient l'écoulement sanguin parfois observé chez la malade. Les points qui correspondent aux saillies pédiculées sont lisses, mais le reste de la paroi du canal est plissé. On y trouve encore quelques gouttes d'un liquide clair. La cavité kystique est séparée de celle du conduit galactophore par un repli qui la délimite assez nettement, mais insuffisant pour empêcher une communication entre ces deux cavités.

Examen microscopique. — Le liquide contenu dans la dilatation kystique renferme des éléments divers : épithélium et leucocytes en voie de dégénérescence graisseuse. Les végétations offrent, sur leur surface, de petits corpuscules maintenus par un pédicule étroit et filiforme. On constate l'existence d'un épithélioma glandulaire à la période de début. Le tissu conjonctif est peu abondant.

Anatomie Pathologique

L'épithélioma dendritique rentre dans le groupe des épithélioma à cellules cylindriques et peut être comparé à certains kystes papillaires et végétants de l'ovaire, qui présentent la même structure histologique.

Cette structure s'observe dans les conduits biliaires et dans les tractus gastro-intestinales.

Il y a une grande analogie entre certains fibro-adénomes papillaires avec kystes et l'épithélioma dendritique et les adénomes purs. D'après Cornil, la tumeur qui nous intéresse s'éloigne du fibro-adénome par la minceur de leurs papilles, par la couche habituellement unique, par la longueur de leurs cellules épithéliales cylindriques, disposées régulièrement en palissades, et surtout par la production exubérante des cellules cylindriques; diffère des adénomes purs par l'absence de membrane propre glandulaire et par l'abondance des papilles.

Les kystes de l'épithélioma dendritique sont d'origine glandulaire. Ils sont dus à la dilatation progressive des canaux excréteurs et des acini glandulaires, qui, souvent, se fusionnent; certains kystes peuvent provenir de la dilatation des canaux galactophores.

Ces kystes sont végétants, peuvent atteindre le volume d'une noix, d'un œuf de poule ou d'une orange; leur siège est ordinairement au voisinage du mamelon, qui peut être rétracté, affaissé; dans les cas rares, le kyste siège dans un point quelconque de la glande mammaire, sans rapport avec le mamelon.

Sur la paroi interne des kystes sont implantées des excroissances arborescentes plus ou moins volumineuses en choux-fleur;

c est un bourgeon charnu implanté sur la paroi par un pédicule grêle. Parfois on a la transformation en masse de la paroi kystique où des végétations s'étalent en surface, formant un tapis épais et serré. Ces végétations sont de couleur gris rosé ou noirâtre, due aux homérragies qui infiltrent le tissu des bourgeons papillomateux. Ces kystes contiennent un liquide qui est constitué le plus souvent par la sérosité claire, jaunâtre, ou teinté de sang ou contient du sang pur.

Parfois, sur une coupe, à l'œil nu, on peut constater un certain degré de ramollissement, et au raclage on obtient alors un suc blanc laiteux, qui contient des cellules cylindriques. *Le nombre de ces kystes est le plus souvent unique*, dont la paroi interne est constituée par une membrane souvent blanchâtre, épaisse, quelquefois complètement lisse. Sur la surface interne on observe une série de brides et de cloisons, ou des dépressions irrégulières plus ou moins nombreuses, qui représentent des vestiges de cloisons inter-glandulaires, où l'orifice des canaux excréteurs vient s'ouvrir dans la poche principale.

Il n'est pas rare de rencontrer un canal galactophore dilaté d'où on peut retirer, avec une aiguille, des filaments dendritiques papillaires plus ou moins longs et ramifiés. Parfois on a affaire à un tissu aréolaire, représentant des alvéoles tapissées par une ou plusieurs couches de cellules cylindriques, très régulières, disposées parallèlement les unes aux autres; ces alvéoles sont séparées par des cloisons fibreuses très minces. Toutes ces formations sont tapissées par des cellules cylindriques ou cubiques.



SYMPTOMATOLOGIE

Le début est généralement insidieux, la malade vient consulter le médecin pour un écoulement intermittent, de nature séreuse ou séro-sanguinolant se faisant par le mamelon. Cet écoulement peut prendre le caractère d'une légère hémorragie, cesser pour un certain temps et reparaître plus tard avec les mêmes signes, ou plus abondant.

Quelquefois la patiente s'aperçoit de l'existence de sa tumeur à la suite d'un traumatisme ou d'une légère contusion.

Parfois le début est marqué par de vives douleurs au sein.

L'évolution de la tumeur étant très lente, ne devient appréciable qu'au bout de trois mois à un an.

A la période d'état, l'écoulement qui se faisait par simples gouttelettes, devient parfois de plus en plus abondant par suite de distention des parois de la tumeur, la gêne que la malade éprouve dans le sein, l'accroissement de la tumeur l'inquiète et la décide à consulter le médecin.

L'inspection, le plus souvent, ne révèle rien d'anormal, mais il y a des cas où le mamelon est rétracté (Cas de M. Routier, 1893), la peau est soulevée, rosée. Dans des cas très rares on a noté même l'ulcération de la peau. Par la palpation on aperçoit une tumeur sous le mamelon ou à l'intérieur de la glande, qui est le plus souvent unique, de volume d'une noisette ou d'une mandarine, dure, rénitente, mobile sur les parties sous-jacentes, présente rarement des adhérences à la peau.

Il arrive que ces tumeurs, au lieu d'être fermes, sont nettement fluctuantes; c'est quand on a affaire aux véritables kystes du sein de volume appréciable. Les ganglions sont rarement envahis.

L'état général reste longtemps bon, grâce à l'évolution lente de cette tumeur; l'amaigrissement est tardif.

ÉTIOLOGIE

L'épithélioma dendritique s'observe à l'âge mûr, mais il y a des exceptions.

Entre 20 et 30 ans	1 cas.
Entre 30 et 40 ans	3 cas.
Entre 40 et 50 ans	7 cas.
Entre 50 et 60 ans	8 cas.
Entre 60 et 70 cas	4 cas.

Hérédité. — On cite dans très peu de cas.

Grossesse. — Les tumeurs dendritiques atteignent, dans la majorité des cas, les femmes mariées ayant eu plusieurs enfants; mais on signale des cas chez les femmes non mariées et même chez l'homme.

La menstruation n'a aucune influence, intervient seulement dans certaines circonstances données et ne fait qu'accroître le développement d'une tumeur (Labbé et Coyne, Traité des tumeurs bénignes.)

Traumatisme.— Labbé et Coyne, dans leur Traité des tumeurs du sein, donnent une observation où le traumatisme était la cause évidente dans la production de la tumeur.

DIAGNOSTIC

Diagnostic des tumeurs bénignes.

Le *fibro-adénome* survient à l'âge de 15 à 30 ans, se distingue par la netteté de son contour, sa grande mobilité, l'absence d'adhérences à la peau et aux parties profondes.

Le *sarcome* présente un développement très lent au début, rapide par la suite; apparition de nombreuses veines sur le tégument du sein, soulèvement de la peau qui s'amincit et se distend; indolence à la pression pas d'engorgement ganglionnaire.

En outre, le sarcome du sein peut atteindre un volume considérable.

Les *kystes simples du sein*, rares d'ailleurs, siègent à une petite distance du mamelon, sont fluctuants; ils se distinguent de l'épithélioma dendritique par l'absence d'écoulement par le mamelon.

La *maladie de Reclus* ne fera pas confondre avec la tumeur en question, vu sa bi-latéralité, la sensation d'une multitude de grains de plomb à la palpation.

La *mammite chronique* est plus diffuse.

La *tuberculose mammaire* a son siège de prédilection sur le segment externe de la glande; sa marche est rapide; *il y a adhérence à la peau et tissus environnants dès le début*. Engorgement ganglionnaire souvent plus volumineux que la lésion mammaire; enfin il peut y avoir de la suppuration.

Diagnostic des tumeurs malignes.

Le *cancer du sein* se caractérise par l'induration, la diffusion, l'adhérence à la peau, d'adénopathie précocce.

Pronostic de l'Epithélioma dendritique

Le pronostic sera toujours très réservé. La marche de l'évolution est lente, mais il faut toujours se souvenir que cette tumeur, d'apparence bénigne, peut devenir maligne à une époque plus ou moins éloignée.

TRAITEMENT

Etant donnée la nature de l'épithélioma dendritique, le traitement doit consister dans l'ablation large du sein avec dissection de l'aisselle.

CONCLUSIONS

I. — L'épithélioma dendritique est une des plus rares parmi les tumeurs du sein.

II. — Les kystes de cette tumeur se caractérisent par le développement, dans l'intérieur de leurs parois, des végétations papillaires.

III. — Leur principal symptôme, c'est l'écoulement de liquide séro-sanguinolant par le mamelon. A côté de ce signe, il faut signaler le siège au-dessous du mamelon, la consistance rénitente de cette tumeur.

IV. — L'évolution est souvent lente. Mais d'après les travaux publiés il y a des cas de généralisation et récurrence de la tumeur après ablation. Donc, il faut, au point de vue du traitement, se comporter envers ces tumeurs comme avec des néoplasmes malins.

VU :
Le Doyen,
D^r C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président de la Thèse,
D^r F. VILLAR.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 27 Juillet 1921.
Pour le Recteur de l'Académie :
Le Vice-Président du Conseil de l'Université.
D^r C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

- CORNIL et RANVIE. — Manuel d'histologie pathologique, 1^{re} et 2^e éditions, 1869, 1884.
- COYNE. — *Sud-Ouest médical*, 1880.
- DELBET et DENTU. — Traité de chirurgie, 1894.
- FRÉMICOURT. — Etude sur les kystes végétants et l'épithélioma papillaire à cellules cylindriques de la mamelle. Thèse Lille, 1909.
- FORGUE. — Pathologie externe, 1906. *Bull. Soc. anat. Paris*, 1876.
- LABBÉ et COYNE. — Traité des tumeurs bénignes du sein, 1876.
- LABRUNIE. — Epithélioma dendritique du sein. Thèse Bordeaux, 1894.
- LÉMONIER et VERCHÈRE. — Epithélioma intra-canaliculaire. Société anatomique de Paris, 1889.
- MÉDAN. — La maladie kystique de la mamelle. Thèse Toulouse, 1913.
- ROUTIER. — Epithélioma canaliculaire papillaire dendritique. *Bulletin médical*, 1893.
- REVERDIN et MAYOR. — *Revue médicale de la Suisse romande*, 1890.
- VILLAR (Francis). — Epithélioma dendritique du sein s'accompagnant d'une volumineuse adénopathie axillaire de nature tuberculeuse. Société de médecine et de chirurgie de Bordeaux, 1^{er} juillet 1921.
-

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
<i>Avant-Propos</i>	9
<i>Introduction</i>	11
<i>Historique</i>	12
<i>Observations</i>	15
<i>Anatomie pathologique</i>	22
<i>Symptomatologie</i>	24
<i>Étiologie</i>	25
<i>Diagnostic</i>	26
<i>Pronostic de l'Epithélioma dendritique</i>	27
<i>Traitement</i>	27
<i>Conclusions</i>	28
<i>Bibliographie</i>	29
